



ประกาศ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขา
วิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๔ การรับตรงแบบอิสระ (Direct
Admission) โครงการจุฬาภรณ์-EEC (รอบ ๒) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

.....

ตามที่ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ์ ได้เปิดรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตร
วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๔ การรับตรงแบบอิสระ
(Direct Admission) โครงการจุฬาภรณ์-EEC (รอบ ๒) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ ระหว่างวันที่ ๓ - ๘ มิถุนายน
๒๕๖๔ และจัดสอบสัมภาษณ์ในวันที่ ๑๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔ นั้น

บัดนี้ โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้ประมวลผลผู้ผ่านการคัดเลือก
เสร็จสิ้นแล้ว จึงขอประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชารังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ รอบที่ ๔ การรับตรงแบบอิสระ (Direct Admission)
โครงการจุฬาภรณ์-EEC (รอบ ๒) ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ จำนวน ๑๕ คน (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย
ประกาศ)

ทั้งนี้ ขอให้ผู้ผ่านการคัดเลือกและยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสี
เทคนิค จำนวน ๑๕ คน ขึ้นทะเบียนรายงานตัวเป็นนักศึกษา ในวันที่ ๒๕ - ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๔ ผ่านระบบ
ออนไลน์ โดยขอให้ติดตามรายละเอียดต่างๆ ตามประกาศราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ เรื่อง การขึ้นทะเบียนเป็น
นักศึกษา ทางอินเทอร์เน็ตที่ www.pccms.ac.th

ประกาศ ณ วันที่ ๑๕ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงจิรพร เหล่าธรรมทัศน์)

คณบดีคณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ

รายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกและยืนยันสิทธิ์เข้าศึกษา
หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค
โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
รอบที่ ๔ การรับตรงแบบอิสระ (Direct Admission) โครงการจุฬารัตน์-EEC (รอบ ๒)
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล		
๑	นางสาว	เพ็ญฟ้า	ศรีเจ้า
๒	นางสาว	นลินรัตน์	อินทะศรี
๓	นาย	กานต์ดนุ	ภูมิจันทร์
๔	นางสาว	นฤมล	เหล่ากาวิ
๕	นางสาว	สาวิตรี	ตุลาสมบัติ
๖	นางสาว	พลอยศิริ	ชมเชย
๗	นางสาว	ชมพูนุท	อาสากิจ
๘	นาย	พิทยุตม์	โพธิ์แก้ว
๙	นางสาว	ฐิติชญา	ช่วยแก้ว
๑๐	นางสาว	วาริศา	ศรีประเสริฐ
๑๑	นางสาว	มนธิชา	มันเมือง
๑๒	นางสาว	ปราณชนก	พาพิมพ์
๑๓	นางสาว	ธัญชา	กงแก้ว
๑๔	นางสาว	กานต์นิภัทร	โคตรธรรม
๑๕	นางสาว	ณิษรัตน์	แก้วสาริกันธ์

หลักฐานที่ต้องนำส่งผ่านระบบอินเตอร์เน็ต

1. ใบสมัครคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาในสถาบันอุดมศึกษา รอบที่ ๔ พร้อมติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว ที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน ๖ เดือน โดยเป็นรูปถ่ายหน้าตรง ไม่สวมหมวกหรือแว่นตาทุกประเภท และลงลายมือชื่อผู้สมัคร วัน เดือน ปี ที่สมัครในท้ายเอกสารด้วย
2. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้สมัคร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สมัคร พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
4. สำเนาทะเบียนบ้านของบิดาหรือมารดา หรือผู้ปกครองตามกฎหมาย (ตามคำสั่งศาล) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
5. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ และ/หรือ นามสกุล (ถ้ามี) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
6. หลักฐานการชำระเงิน
7. สำเนาหลักฐานคุณวุฒิการศึกษา
 - ๗.๑ ใบระเบียบแสดงผลการเรียน (ปพ.๑) หรือ ใบรับรองผลการศึกษา (ปพ.๗) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
8. สำเนาเอกสารผลคะแนน
 - ๘.๑ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบความถนัดทั่วไป (GAT) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘.๒ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบความถนัดทางวิทยาศาสตร์ (PAT๒) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘.๓ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบทางการศึกษาระดับชาตินั้นพื้นฐาน (O-NET) พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - ๘.๔ สำเนาเอกสารผลคะแนนการทดสอบ ๗ วิชาสามัญ พร้อมเซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
9. ผลการตรวจร่างกายจากโรงพยาบาลของรัฐ ตามรายการในแบบฟอร์ม (เอกสารแนบท้ายประกาศ ๓)

ทั้งนี้หากตรวจพบว่าเป็นข้อมูลที่เป็นเท็จ จะถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครสอบครั้งนี้มาตั้งแต่ต้นและผลการตัดสินของคณะกรรมการคัดเลือกบุคคลเข้าศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ ถือว่าเป็นที่สิ้นสุด

หมายเหตุ: ส่งเอกสารกลับมาที่

E-mail: rt@pccms.ac.th (ภายในวันจันทร์ ที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๔)

รายงานผลการตรวจร่างกาย
โรงเรียนรังสีเทคนิค คณะเทคโนโลยีวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยวิทยาศาสตร์การแพทย์เจ้าฟ้าจุฬาภรณ ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์
เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาบุคคลเข้าศึกษาต่อหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชารังสีเทคนิค

ชื่อ – นามสกุล (นาย/นางสาว).....วัน/เดือน/ปีเกิด.....
 โรงเรียน.....หมายเลขประจำตัวผู้สมัคร.....
 ได้รับการตรวจร่างกาย ณ โรงพยาบาล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ.....

สำหรับแพทย์กรอกเท่านั้น

แพทย์ผู้ตรวจ นายแพทย์/แพทย์หญิง.....
 ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่.....
 โรงพยาบาล.....
 ที่อยู่.....
 โทรศัพท์.....

๑. การตรวจร่างกายทั่วไป

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....ค่า BMI หมู่น้ำหนัก.....
 ความดันโลหิต...../.....ชีพจร.....การหายใจ.....

๒. การตรวจเลือด

๒.๑ Fasting Blood Sugar () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....
 ๒.๒ BUN () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....
 ๒.๓ Creatinine () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....
 ๒.๔ CBC () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๓. การเอ็กซเรย์ปอด

Chest X-rays: PA () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๔. การตรวจตา

ตาบอดสี () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....
 Visual acuity measurement () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๕. การตรวจปัสสาวะ

Urinary analysis (UA) () ปกติ () ผิดปกติ เนื่องจาก.....

๖. สรุปความเห็นและข้อเสนอแนะของแพทย์

.....

ลงชื่อ.....
 (.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

วันที่ตรวจ...../...../.....